

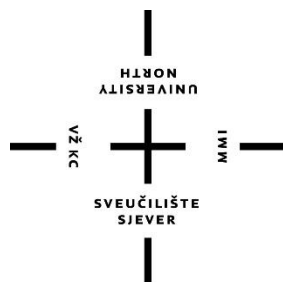
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 848/ss/2017

**Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi operirane
ginekološke pacijentice**

Višnja Humek, 5009/601

Varaždin, prosinac 2017. godine



**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 848/ss/2017

**Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi operirane
ginekološke pacijentice**

Višnja Humek, 5009/601

Mentor: Marijana Neuberg, mag.med.techn.

Varaždin, prosinac 2017. godine

Prijava završnog rada

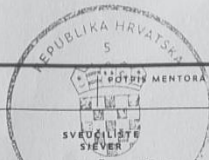
Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Višnja Humeck	MATIČNI BROJ	5009/601
DATUM	06.09.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega odraslih II
NASLOV RADA	Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi operiranih ginekoloških pacijentica		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The role of nurses in health care gynecological surgery patients		
MENTOR	Marijana Neuberger, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Irena Canjuga, mag.med.techn., predsjednik 2. Marijana Neuberger, mag.med.techn., mentor 3. doc.dr.sc. Natalija Uršulin -Trstenjak, član 4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	848/SS/2017
OPIS	<p>Ginekologija je grana medicine koja se bavi bolestima i poremećajima ženskih spolnih organa. Zahvati u ginekologiji se dijele na hitne ili neplanirane i elektivne ili planirane. Neovisno o vrsti zahvata i načinu izvođenja veoma je bitna adekvatna prijeoperacijska priprema pacijentice, što dovodi do sigurnije poslijeoperacijske skrbi kako bi se rizik nastanka postoperativnih komplikacija i poteškoća sveo na najmanju moguću mjeru. Individualnim i holističkim pristupom bolesnici, te znanjem i iskustvom, pravovremenim preventivnim intervencijama medicinska sestra će smanjiti strah, tjeskobu, potištenost te druge komplikacije i poteškoće koje se mogu javiti u zdravstvenoj njezi operiranih ginekoloških pacijentica. U skladu sa svojim kompetencijama medicinska sestra sudjeluje u planiranju zdravstvene njege operiranih pacijentica s ciljem što boljeg postizanja samostalnosti i rješavanja trenutnih problema kod pacijentice.</p> <p>Ovim radom želi se prikazati uloga medicinske sestre u njezi ginekoloških pacijentica, naglasiti važnost fizičke i psihičke pripreme za pojedine zahvate, te sprječavanje nastanka postoperativnih poteškoća i komplikacija.</p>

ZADATAK URUČEN 15.09.2017.



Handwritten signature of the mentor.

Sažetak

Medicinske sestre, kao najbrojniji članovi zdravstvenog tima, s pacijentom provode najviše vremena. Savjetodavna uloga medicinskih sestara/tehničara u radu s pacijentima i njihovim obiteljima jedna je od najčešćih sestrinskih intervencija. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi operiranih pacijentica podrazumijeva niz odrađenih radnji i puno sadržaja u psihološkoj pripremi pacijentice za operaciju, koja počinje upoznavanjem i smještajem u bolesničku sobu, nastavlja se tijekom prijeoperacijske pripreme, poslijeoperacijske skrbi i nadzora. Zajedno s psihološkom pripremom, medicinska sestra provodi i fizičku pripremu pacijentica. Radi što bržeg i boljeg oporavka medicinska sestra provodi niz postupaka proizašlih iz sestrinskih dijagnoza i ciljeva koji vode dobroj prijeoperacijskoj pripremi te nadzoru i skrbi nakon operacije. Također, ona je koncentrirana na pomoć kod poslijeoperacijskih poteškoća i na sprečavanje komplikacija poslije operacije. Informiranje pacijentice o tijeku prijeoperacijske pripreme te opisu poslijeoperacijskog zbrinjavanja od strane medicinskih sestara, vodi lakšem, mirnijem i sigurnijem prihvatanju operativnog zahvata. Svrha prijeoperacijskih postupaka je osigurati pacijentici najbolju moguću fizičku i psihološku spremnost kojom značajno možemo smanjiti nastanak poslijeoperacijskih poteškoća i komplikacija. Svojim radom, znanjem, kompetencijama i holističkim pristupom medicinska sestra utječe na pacijentice.

Ključne riječi: ginekološki operativni zahvat, sestrinska skrb, prijeoperacijska priprema, poslijeoperacijska skrb, poslijeoperacijske poteškoće i komplikacije

Summary

Nurses, the largest part of the health care team, spend most time with the patient. The advisory role of nurses/technicians working with patients and their families is one of the most common nursing interventions. The role of a nurse in the healthcare of a patient that has undergone gynecological surgery consists of certain actions and a lot of psychological preparation of the patient for the surgery, which begins by introducing the patient with the hospital accommodations, the course of the preoperative preparations, postoperative care and all until the patient happily leaves the hospital. The role of the nurse is to ensure that the patient recovers as fast as possible, by conducting procedures which are a result of diagnosis and goals for the patient, which lead to good preoperative preparations, postoperative care and helping the patient with postoperative difficulties while preventing any postoperative complications. Informing the patient about the course of preoperative preparations and the postoperative treatment leads to an easier, calmer acceptance of the operation by the patient. The main goals of preoperative procedures is to ensure that the patient gets the best possible physical and psychological help which will help her overcome and ease the postoperative difficulties and complications. With his work, knowledge, competences, and holistic access to a nurse affects patients.

Key words: gynecological operative procedure, nurse care, preoperative preparation, postoperative care, postoperative difficulties and complications

Popis korištenih kratica

LAP	laparotomija
LPSC	laparoskopija
P1	prednja vaginalna plastika
HYSC	histeroskopija
TLH	totalna laparoscopska histerektomija
LAVH	laparoscopski asistirana vaginalna histerektomija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Indikacija za operativni zahvat.....	3
3. Prijeoperacijska priprema i sestrinska skrb	5
3.1. Priprema pacijentice dan prije operacije.....	5
3.2. Priprema pacijentice na dan operacije.....	9
3.3. Poslijeoperacijska zdravstvena skrb pacijentice.....	12
4. Poslijeoperacijske poteškoće	15
4.1. Bol.....	15
4.2. Mučnina i povraćanje.....	16
4.3. Štucavica.....	18
4.4. Žeđ.....	18
4.5. Poteškoće s mokrenjem.....	19
4.6. Poteškoće s meteorizmom i vjetrovima.....	19
5. Poslijeoperacijske komplikacije.....	21
6. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod operiranih pacijentica.....	22
7. Zaključak.....	25
8. Literatura	26

1. Uvod

U ovom će se radu prikazati uloga medicinske sestre u njezi operiranih pacijentica, važnost dobre psihološke i fizičke pripreme pacijentice, ali i samih medicinskih sestara. Vrlo je važna prijeoperacijska priprema pacijentice, a isto tako i poslijeoperacijska zdravstvena njega kako bi se spriječio nastanak mogućih poteškoća i komplikacija. Tijekom posljednjih desetljeća uloge medicinskih sestara i opisi poslova značajno se i stalno mijenjaju, a sestrinstvo se razvilo u disciplinu za koju su potrebna znanja i vještine u neprestanom suočavanju s novim izazovima. Brojne su uloge medicinskih sestara: od provođenja zdravstvene njege, edukacije, pacijentove savjetnice, menadžerice, istraživačice, suradnice do pokretača promjena te zagovornica prava pacijenata. Ipak, sestrinstvo se u najvećoj mjeri poistovjećuje s njegovanjem pacijenata.

„Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, ili oporavku, ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao samostalno, kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je prije moguće.“ [1] Aktivnosti o kojima Henderson govori u definiciji usmjerene su na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba za disanjem, hranom i tekućinom, eliminacijom, kretanjem i pravilnim održavanjem položaja tijela, spavanjem i odmorom, odijevanjem, održavanjem normalne tjelesne temperature, održavanjem osobne higijene, izbjegavanjem opasnosti koje prijete iz okoline, komunikacijom, produktivnim radom, rekreacijskim aktivnostima i učenjem. Sestrinske dijagnoze jasno definiraju područja zdravstvene njege i čime se zdravstvena njega bavi. Opisuju praksu i kakva bi ona trebala biti, razlikuju zdravstvenu njegu od medicinske koja je usmjerena na bolest te upozoravaju da zdravstvena njega nije orijentirana na bolest, već na pružanje skrbi vezane uz probleme proizašle iz bolesnog stanja [1].

Termin *dijagnoza* koji se tradicionalno povezuje s medicinom, sve se više upotrebljava i u drugim djelatnostima te se govori o političkim, gospodarskim, javnozdravstvenim i drugim dijagnozama. Dijagnosticirati znači pomno ispitati i analizirati činjenice radi razumijevanja ili objašnjenja nečega, a dijagnoza je odluka ili mišljenje utemeljeno na ispitivanju [1].

Medicinska se dijagnoza uvijek odnosi na bolest i zahtijeva medicinsku, liječničku intervenciju. Sestrinska dijagnoza je naziv za probleme koje medicinska sestra samostalno prepoznaje, tretira i opisuje nastale zbog bolesti i brojnih drugih čimbenika, a proizlazi iz podataka o zdravstvenom stanju pacijentice te u planu zdravstvene njege uključuje ciljeve i zahtijeva sestrinske intervencije proizašle iz same sestrinske dijagnoze.

Prvi postupci vezani uz prijeoperacijsku pripremu su informiranje pacijentice što je sve očekuje prije operacije, a djelomično upoznaju pacijenticu i sa skrbi poslije operacije, poteškoćama koje se mogu očekivati nulti dan i prvih dana poslije operacije, informacijama koje se odnose na važnost vježbi disanja i ekstremiteta u svrhu prevencije eventualnih komplikacija poslije operacije.

Dan prije operacije, tijekom prijepodneva, započinje pripremom pacijentice informacijom o ograničenju unosa hrane i tekućine na usta od ručka pa sve do pojave peristaltike, s napomenom da tekućinu može uzimati cijeli dan prije operacije sve do ponoći. Zatim slijede informacije o prostoriji u koju će biti smještena nakon operacije i ako je to soba poslijeoperacijske njege, koliko će vremena provesti u tim prostorima, informacije o postupcima koji moraju biti odrađeni zbog dobre pripreme operativnog područja, a to se odnosi na davanje klizme tijekom popodneva i sljedeći dan, na dan operacije rano ujutro, te davanje preciznih uputa o pravilnoj eliminaciji sadržaja.

Premedikacijska priprema počinje dan prije operacije i slijede se upute anesteziologa koje su napisane na premedikacijskom listiću.

Kako bi medicinska sestra mogla dobro planirati zdravstvenu negu pacijentice mora imati znanja o medicinskim dijagnozama, o vrstama operacija, načinu pristupa bolesnom području, indikacijama i kontraindikacijama, kakve operacije mogu biti prema opsegu te vrsti anestezije i anesteziološkoj klasifikaciji operacije prema ASA-inoj (American Society of Anesthesiologists) ljestvici smrtnosti.

2. Indikacije za operativni zahvat

Pacijentica dolazi na odjel zbog tegoba koje ima, a radi operativnog liječenja. Operacijom se naziva instrumentalno prodiranje u živo bolesno ljudsko tijelo koje izvodi liječnik u namjeri liječenja bolesnog organa ili tkiva [2]. Svrha je liječenje ili poboljšanje zdravlja bolesnog organa ili tkiva, oslobađanje od bolova. Najčešće operacije na odjelu ginekologije su: laparatomija, laparaskopija, histeroskopija, konizacija i vaginalna operacija. Indikacija za operaciju označava potrebu za kirurškim liječenjem bolesti. Razlikujemo apsolutnu indikaciju (operativni zahvat je jedini način liječenja), vitalnu indikaciju (operacija je prijeko potrebna zbog spašavanja života), relativnu indikaciju (operativni zahvat je opravdan, ali nije hitan, a kod nekih se bolesti može provesti i konzervativno liječenje s izgledom na uspjeh). Kontraindikacija za operaciju znači da je opće stanje bolesnice ili nekog vitalnog organa toliko poremećeno da operativni zahvat ne samo da ne bi pridonio liječenju i izlječenju, nego bi mogao dovesti do letalnog ishoda [3].

Kirurški zahvati u ginekologiji dijele se prema pristupu na:

- abdominalne (uzdužnim ili poprečnim rezom)
- vaginalne
- abdominalno-vaginalne (LAVH)
- endoskopske (LPSC, HYSC) [4].

Prema dosegu mogu biti:

- radikalni
- potpuni
- djelomični
- palijativni
- eksploracijski.

Radikalna operacija je odstranjivanje žarišta bolesti u cijelosti, često sa žrtvovanjem zdravog dijela tijela (npr. Wertheimova operacija) [2]. Potpunim zahvatom smatra se odstranjenje unutarnjih genitalnih organa u cijelosti (npr. odstranjenje maternice s adneksima). Djelomični zahvat u ginekologiji učinjen je kad se odstrani samo uzrok tegoba (npr. paraovarijalna cista). Palijativnim zahvatom samo se ublažuju postojeće tegobe, djelomično se odstrani tumorsko tkivo, ali se ne odstranjuje uzrok bolesti. Eksplorativni operativni zahvat je kirurški postupak otvaranja trbušne šupljine u svrhu definitivnog utvrđivanja dijagnoze ili opsega bolesti, bez daljnje operacije zbog opsežnosti patološkog procesa [2].

3. Prijeoperacijska priprema i sestrinska skrb

3.1. Priprema pacijentice dan prije operacije

Cilj je prijeoperacijske pripreme unaprijed prepoznati i liječiti simptome koji mogu remetiti normalan tijek anestezije, operacije i poslijeoperativni oporavak [6]. Kirurški zahvat je psihička i tjelesna trauma koja manje ili više opterećuje organizam u cijelosti, ne samo u području kirurškog reza, već unosi čitav niz promjena u cijelom organizmu. Posebno utječe na funkcije nekih vitalnih organa (srce, pluća, bubrezi, jetra) te narušava zadovoljavanje ljudskih potreba - psihičkih, fizičkih, socijalnih i duhovnih. Uzimajući sve to u obzir, postavljaju se sestrinske dijagnoze.

Sestrinska prijeoperacijska priprema pacijentice počinje uzimanjem podataka za sestrinsku anamnezu, procjenjivanjem njezinog stanja, utvrđivanjem rizičnih čimbenika koji mogu povećati mogućnost poslijeoperacijskih komplikacija (dob, dijabetes, kronične bolesti, dehidracija, neadekvatna prehrana, pušenje, ovisnost, pretilost, lijekovi, strah). Medicinska sestra će prekontrolirati prikupljene nalaze i nalaze učinjenih pretraga, uredno uložiti u povijest bolesti, informirati pacijenticu o postupcima koji moraju biti obavljeni u svrhu cjelokupne i adekvatne prijeoperacijske pripreme te je upoznati sa situacijama s kojima će se susresti nakon operacije. Informiranje pacijentice o tijeku prijeoperacijske pripreme te opis poslijeoperacijskog zbrinjavanja od strane medicinske sestre, vodi lakšem, mirnijem i sigurnijem prihvaćanju operativnog zahvata. Sestrinska anamneza počinje prikupljanjem:

- općih podataka o dobi, bračnom stanju, obrazovanju, radnom statusu, radnom mjestu, uvjetima rada
- podataka o životnim navikama (pušenje, konzumacija alkohola,
- obiteljske prilike i odnosi unutar obitelji, podataka o uvjetima stanovanja)
- situacijskih podataka koji će informirati sestru o pacijentičinom prihvaćanju bolesti i stavu o operaciji, stanju kod prijema, snalaženju na odjelu, kada je posljednji put uzela lijekove te kakvo joj je prihvaćanje i pridržavanje zdravstvenih preporuka (uzimanje lijekova redovito/neredovito)
- nutritivno metaboličkih podataka pacijentice o tjelesnoj težini, načinu prehrane, uzimanju tekućine, apetitu i konzumiranju

hrane te o dijetalnim navikama, eliminacijskim podacima o defekaciji i mokrenju

- podataka o tjelesnoj pokretnosti (neovisna/ovisna o pomagalu i o kojem je pomagalu riječ)
- kognitivno-percepcijskih podataka o poteškoćama sa sluhom (nošenje slušnog aparata); poteškoće s vidom (nošenje naočala ili leća); poteškoće sa zubalom (zdravi zubi ili proteze - kompletne/parcijalne); podataka o pamćenju, navikama čitanja.

Uzimanjem podataka za anamnezu stvaraju se uvjeti za postavljane sestrinskih dijagnoza, postavljaju se ciljevi i planiraju se postupci koji će se činiti tijekom i poslije operacijske zdravstvene skrbi.

Strah je psihički fenomen doživljaja, mučno osjećanje stvarne opasnosti od nečega čemu je uzrok poznat i određen. Odgovor je na neposrednu i realnu opasnost nakon čega uslijedi poticaj bijega u potrazi za obranom [2]. Strah od nepoznatog, strah od bolova, strah od umiranja, strah da se neće probuditi iz anestezije i dr. ozbiljni su strahovi i često su prisutni kod pacijentica koje se moraju podvrgnuti operativnom zahvatu. Ti strahovi uopće nisu bezazleni, prate ih vegetativni i tjelesni znakovi ubrzanja pulsa, lupanja srca, bljedila, ježenja kože, suhoće u grlu, zujanja u ušima, kočenja, drhtanja i znojenja. Pacijentica u bolnici nema svoje svakodnevne obveze te ima više vremena za razmišljanje o predstojećem zahvatu, opterećena je brigom za obitelj, kuću, posao, ekonomskim problemima, susretom s nepoznatim ljudima i sredinom te je treba poticati na verbalizaciju straha. Svojim znanjem će medicinska sestra, bez omalovažavanja strahova i bez neprimjerenog objašnjavanja da se nema čega bojati, smiriti pacijenticu i pokušati te strahove umanjiti argumentiranim objašnjavanjem i upućivanjem pacijentice na ono što je očekuje te će tako umanjiti strah od nepoznatog. Kod prijema na odjel, pozdravljajući pacijenticu toplo i prijateljski, kao osobu koja je očekivana, što je istina jer je operacija planirana, pokazujući joj male stvari kao što su soba, ormar, tuš, toalet. Uključit će je u planiranje i provođenje zdravstvene njege što pridonosi stjecanju povjerenja, a sve to doprinosi uspješnoj pripremi.

Tijekom večeri, npr. tijekom obilaska pacijentice, medicinska sestra će u ugodnom razgovoru s pacijenticom, smireno i sa sigurnošću, provoditi edukaciju o postupcima koji je očekuju, a koji su u domeni medicinske sestre i koje će na primjeren način odraditi, s ciljem smanjivanja tjeskobe i straha, poticanja pacijentice da postavlja pitanja iz domene rada medicinske sestre te iscrpno odgovarati i s razumijevanjem opisati što pacijentica treba raditi kako bi sama sebi pomogla u sprečavanju poslijeoperacijskih komplikacija. Medicinska sestra će podučiti pacijenticu vježbama disanja i vježbama ekstremiteta.

Dobrom edukacijom i nadzorom nad provedenim vježbama disanja i vježbama ekstremiteta sprečavaju se komplikacije respiratornog i krvožilnog sustava, ali samo one koje ovise o ranom ustajanju i dobroj ventilaciji pluća. Pacijentica treba osjećati potpuno povjerenje u medicinsku sestru i vjerovati u njezine kompetencije.

Pacijentica najčešće dolazi na odjel s transfuziološkim nalazima krvne grupe, Rh-faktora i protrombinskog vremena pa je na odjelu potrebno uzeti samo uzorak krvi za provjeru podudarnosti krvne grupe. Rutinski se na odjelu transfuziologije naručuje jedna doza krvi koja se priprema za eventualno potrebnu transfuziju.

Doručak koji se daje pacijentici je kompletan, a do ručka pacijentica može pojesti užinu i ono što poželi, ali se ne smije prejedati. To joj svakako treba objasniti kako ne bi shvatila da može pojesti jako puno jer neće jesti određeno vrijeme. Za ručak pacijentica dobije samo juhu. Nakon toga više ne smije jesti. Tekućinu može piti koliko želi sve do ponoći. Unos tekućine treba provjeravati, a naročito je važno za vrućih dana poticati pacijenticu da pije dosta tekućine kako ne bi dehidrirala prije operacije. Nakon ponoći se ne smije piti. Pacijenticu treba savjetovati da je najbolje piti vodu ili čaj. Sokove treba izbjegavati, naročito guste, a gazirana se pića ne konzumiraju. Pacijentici treba objasniti, na način koji će dobro razumjeti, zašto je važno ovako postupati i zašto je važno ne uzimati ništa na usta do pojave peristaltike.

Laksativi ili purgativi su sredstva koja potiču pražnjenje crijeva [2]. Laksativi se primjenjuju per os, a svrha im je podržati pražnjenje crijeva angažiranjem od gornjeg probavnog sustava do anusa. Primjena laksativa u prijeoperacijskoj pripremi je kasnije prijepodne, oko 13 sati, davanjem Portalak sirupa s preciznim uputama kako ga popiti i koliko tekućine iza njegove primjene treba konzumirati. Dijabetičarke neće dobiti laksativ jer sadrži šećer.

Klizma je postupak kojim se ulijeva tekućina analnim putem u debelo crijevo radi čišćenja i pražnjenja. Tijekom popodneva pacijentica dobije prvu klizmu. Svrha klizme je isprazniti i očistiti crijeva od fekalija. Tri su razloga tomu. Puna crijeva ne mogu se tamponadom odmaknuti u gornji dio trbušne šupljine ispod ošita te tako ometaju tijek operacije i kirurgu mogu stvarati velike probleme za slobodan pristup operativnom području u Douglasovu prostoru. Drugi je razlog da se na minimum svede mogućnost infekcije do koje bi došlo eventualno mogućom povredom crijeva tijekom operacije, a treći je razlog da anestezijom nastaje relaksacija mišića, pa tako i sfinktera, te može doći do nekontroliranog pražnjenja crijeva tijekom operacije. Isto tako, prazna crijeva smanjuju poslijeoperacijsku nadutost. Tako već tijekom prijeoperacijske pripreme sestra, dobrom i dubokom klizmom s pravilnim uputama o eliminaciji, počinje sprečavanje poslijeoperacijskih poteškoća.

Pranje tijela nakon poslijepodnevnog klizme radi se dezinficijensom koji je u potpunosti kompatibilan sa sredstvom pranja operacijskog područja u operacijskoj sali. Sestrina uputa pacijentici je da s većom pažnjom opere aksilarne lože, područje ispod dojki, područje trbuha, prepone i genitalnu regiju s anusom.

Anesteziolog obilazi pacijenticu dan prije operacije, uspostavlja kontakt, upoznaje se s njenim zdravstvenim stanjem, kroničnim bolestima, lijekovima koje uzima, pregledava donje ekstremitete vezano uz proširenje vena te ordinira premedikaciju. Ordiniranu premedikaciju anesteziolog je evidentirao na premedikacijskom listiću na kojem su ordinirani lijekovi koje eventualno pacijentica uzima zbog svojih kroničnih bolesti, npr. antihipertenzivi te antikoagulantna terapija kojoj je cilj smanjenje rizika od tromboembolijskih događaja i antibiotska profilaksa. Pravilnom primjenom ordinirane premedikacije započinje sprečavanje poslijeoperacijskih komplikacija. Lijekovi su ordinirani prema vremenu, vrsti i dozi lijeka koji medicinska sestra daje, a primjena počinje večer uoči operacije [4]. Premedikacija je sastavni dio pripreme za operativni zahvat, medikamentozna je priprema pacijentice za operaciju. Pružanjem odgovarajuće potpore pojedinim organskim sustavima moguća je bolja kontrola pacijentičnih životnih funkcija za vrijeme operativnog zahvata, brz oporavak od anestezije, poslijeoperacijska kontrola boli i brži oporavak [7]. Lijekovi u premedikaciji snižavaju bazalni metabolizam i prag podražljivosti za bol te smanjuju nepoželjne nuspojave anestetika. Premedikacija je prilagođena individualno. Ako je došlo, iz bilo kojeg razloga, do kašnjenja primjene premedikacije ili primjena premedikacije nije bila u točno ordinirano vrijeme, dužnost je medicinske sestre o tome izvijestiti anesteziologa. Točnost primjene premedikacije medicinska sestra potvrđuje potpisom. Medicinska sestra mora kontrolirati pacijentičin krvni

tlak, temperaturu i puls, prepoznati promjene u ponašanju, sve evidentirati na listu sestrinskog prijeoperacijskog nadzora, a o patološkim nalazima obavijestiti liječnika.

Premedikacija večer uoči operacije, koja se daje prema uputi anesteziologa ordiniranoj na premedikacijskom listiću, je davanje sedativa da pacijentica mirno prespava noć i antikoagulantne terapije. Tijekom noći medicinska sestra obilazi pacijenticu i kontrolira spavanje. Ujutro, na sestrinskoj viziti uz pacijentičin krevet je primopredaja službe tako da medicinska sestra koja je primila službu zna kako je pacijentica provela noć.

3.2 Priprema pacijentice na dan operacije

Pripremanje operativnog područja počinje rano ujutro šišanjem trbušne stijenke i vulve. Praksa je pokazala da brijanjem operativnog područja, bez obzira na to kako se pažljivo izvede, nastaju mikrolaceracije kože koje su dobro hranilište za bakterije čime se može kompromitirati poslijeoperacijski tijek infekcijom rane na mjestu reza trbušne stijenke ili na vulvi.

Druga duboka klizma daje se kako bi se iz debelog crijeva odstranile zaostale fekalne mase koje su ostale nakon prve klizme ili su peristaltikom tankog crijeva došle u debelo crijevo.

Pranje tijela mora biti preporučenim dezinficijensom i prema protokolu Tima za kontrolu bolničkih infekcija. Pacijentica nakon pranja tijela odijeva čisti zeleni mantil i smješta se u krevet koji je opran, dezinficiran i čisto presvučen.

Ako nije došlo ni do kakve promjene u zdravlju pacijentice, u smislu šmrcaja ili izmjerenih vrijednosti povišene temperature, krvnog tlaka ili početka menstruacijskog krvarenja, može se dati premedikacija. U protivnom će medicinska sestra obavijestiti liječnika koji će odlučiti hoće li se pristupiti operaciji. Prije davanja premedikacije pacijentica mora isprazniti mokraćni mjehur, skinuti nakit, šminku, lak za nokte, ukosnice ili kopče, naočale ili kontaktne leće i izvaditi zubne proteze. Nakon davanja premedikacije i eventualne druge terapije ordinirane na premedikacijskom listiću, pacijentici će se na noge obuti elastične čarape ili zamotati elastični zavoj koji treba navući do ingvinalnih regija i pacijenticu treba upozoriti da više ne smije ustajati iz kreveta bez nadzora sestre. Praksa je da se na odjelu otvori venski put i primijeni eventualno ordinirana antibiotska profilaksa i ordinirana parenteralna nadoknada tekućine.

Rodnicu je potrebno isprati kod svake operacije kod koje se otvara trbušna šupljina, bilo da je to abdominalnim ili vaginalnim pristupom. Liječnik će u sterilnim rukavicama oprati spolovilo, isprati rodnicu i postaviti urinarni kateter.

Postavljanje trajnog katetera ima dvojaku funkciju. Prva je kontrola diureze, time i bubrežne funkcije, te kontrola omjera unijete i eliminirane tekućine. Druga je funkcija da se trajnom eliminacijom mokraćni mjehur drži praznim kako ne bi kirurgu smetao tijekom operativnog zahvata s obzirom na to da je mjehur anatomski smješten ispred maternice. Nakon pranja vulve i ispiranja vagine, opere se vanjsko ušće uretre. Kratkim sterilnom anatomskom pincetom postavlja se Follyjev kateter odgovarajuće veličine (najčešće je to 16 ili 18 ch) za trajnu kateterizaciju. Nakon insercije katetera medicinska sestra će dodati liječniku špricu s 10 ml aque redestilate koju aplicira u balon katetera, a on zadržava kateter u mjehuru. Laganim povlačenjem katetera prema van provjerava se je li kateter u mokraćnom mjehuru. Sav urin iz mjehura ispusti se prije postavljanja urinarne vrećice.

Pacijentica se odvozi u operacijsku salu na pripremljenom krevetu sa svom medicinskom i sestrinskom dokumentacijom u točno planirano vrijeme ili na poziv iz operacijske sale. Medicinska sestra ne ostavlja pacijenticu bez nadzora, predaje je sestri instrumentarki ili anesteziološkom tehničaru koji su dužni provjeriti ime i prezime pacijentice i njezinu dokumentaciju. Pacijentica se s kreveta premješta na kolica kojima je voze do operacijskog stola. Nakon operacije zbrinjavanje pacijentice je u prostorima za buđenje i nadzor neposredno nakon operacije. Tu se kontroliraju krvni tlak, puls, oksigenacija, krvarenje, znojenje, boja kože, boja vidljivih sluznica te disanje, a po potrebi može biti i monitorirana. Pacijentica mora biti utopljena dekama.

Anesteziolog procjenjuje vrijeme kada pacijentica može ići na odjel, u sobu poslije operacijske njege. Anesteziološki tehničar operiranu pacijenticu predaje medicinskoj sestri s odjela, daje sve važne podatke o stanju pacijentice tijekom operacije (kakav je bio krvni tlak – povišen, snižen ili oscilirajući, kakav je bio puls, je li dobila transfuziju krvi ili plazme, kakvo je bilo krvarenje tijekom zahvata, daje informaciju o nadzoru pacijentice tijekom boravka u prostorima za buđenje, je li krvni tlak bio povišen ili snižen, sve o dobivenoj analgeziji, a isto tako i o terapiji i analgeziji koju medicinska sestra mora provoditi na odjelu).

Pacijenticu se dovozi na odjel u sobu za poslijeoperacijsku njegu. Zdravstvena skrb medicinske sestre nad pacijenticom poslije operacije uključuje utopljavanje i kontrolu vitalnih funkcija. Neposredno po dolasku pacijentice u sobu poslijeoperacijske njege medicinska sestra će staviti pacijenticu na monitor (kontrolirati krvni tlak, puls, frekvenciju disanja, promatrati izgled pacijentice, boju kože). Ako nije drugačije određeno, kontrole se obavljaju svakih pola sata po dolasku iz operacijske sale. Ako svi parametri pokazuju normalno stanje, kontrole su rjeđe. Zadaci medicinske sestre kod pacijentice:

- parenteralna prehrana i terapija – ordiniranu nadoknadu tekućine medicinska sestra procjenjuje tijekom 24 sata, a za terapiju slijedi smjernice anesteziologa
- kontroliranje eventualne vaginalne tamponade zbog mogućeg pojačanog krvarenja
- kontroliranje toalete venskog puta
- kontrola abdominalne ili vaginalne drenaže.

Drenaža je postupak kojim se pomoću drena omogućuje odstranjivanje krvi, sekreta i raspadnih produkata iz kirurške rane ili abdomena. Dren omogućuje istjecanje krvi, seruma ili gnoja, a postavlja se na najnižem dijelu koji se drenira. Medicinska sestra mora provjeriti je li drenaža slobodna i nema li pritiska na dren koji bi ometao otjecanje sadržaja. Urinarni kateter potrebno je pregledati zbog mogućeg presavijenog mjesta što bi kompromitiralo eliminaciju te je potrebno provjeriti je li kateter dobro pričvršćen uz urinarnu vrećicu. Urinarnu vrećicu, koja je graduirana, kako bi se kontrolirala količina, i prozirna, kako bi se kontrolirao izgled mokraće, držačem se montira sa strane kreveta da je lako vidljiva. Na mjestu reza rana je pokrivena sterilnim tupferom, a medicinska sestra pregleda gornju stranu tupfera koji mora biti suh. Dalje promatra je li došlo do kakvih promjena na tupferu, možda ružičasta mrlja, mrlja krvi ili pak jače natopljeni tupfer. O tome će odmah obavijestiti liječnika. Kada se kod ginekoloških operacija abdominalnim putem odstranjuje maternica, otvara se rodnica. To je uz ranu na trbušnoj stijenci još jedna rana koja može krvariti. S obzirom na to da je lokacija te rane nedostupna oku, krvarenje se kontrolira provjerom predloška koji pacijentica mora imati:

- kontrola vaginalnog krvarenja nakon vaginalnih operacija
- nadzor epiduralnog katetera – taj kateter odstranjuje anesteziolog

- nadzor nad eventualnom nazogastričnom sondom
- nadzor nad eventualno postavljenim supklavijom kateterom.

Rutinski se na odjelu vadi uzorak krvi, oko 15 sati, za laboratorijske vrijednosti hemoglobina i hematokrita te za vrijednosti kalija i natrija. Drugi se nalazi prikupljaju ako su ordinirani. Nalazi trebaju biti pripremljeni za popodnevnu liječničku vizitu, ali ako vrijednosti nisu dobre, odmah treba obavijestiti liječnika ne čekajući vizitu.

Navečer na kraju smjene je sestrinska vizita na kojoj se vrši primopredaja službe i tada se o zbivanjima oko pacijentice informira medicinska sestra koja će noću biti zadužena za skrb. Naravno da se uz krevet ne govori o eventualnim situacijama koje bi uznemirile pacijenticu. Tijekom noći se kontrolira krvarenje na trbušnoj stijenci i natopljenost tamponade, venski put, primjenjuje se parenteralna prehrana i terapija, kontrolira se urinarni kateter i diureza. Ako je potrebno, promijeni se urinska vrećica i zabilježi se količina, kontroliraju se drenovi i drenaže te spavanje pacijentice. Ujutro na sestrinskoj viziti uz pacijentičin krevet je primopredaja službe tako da medicinska sestra koja je primila službu zna kako je prošla noć kod pacijentice.

3.3 Poslijeoperacijska zdravstvena skrb pacijentice

Zdravstvena skrb prvog poslijeoperacijskog dana počinje mjerenjem temperature, kontrolom krvnog tlaka, disanja, pulsa, mjerenjem količina izlučevina te evidentiranjima. Jutarnja njega započet će razgovorom - medicinska sestra će dobiti informacije kako se pacijentica osjeća, muči li je ili boli nešto te postoje li neke nelagode ili smetnje koje bi medicinska sestra trebala znati, kako bi ih mogla ukloniti, ili su problemi takvi da se mora obavijestiti liječnika. Pranje vanjskog spolovila obavlja se u krevetu i tada se kontrolira natopljenost tamponade. Pacijentica se podiže iz kreveta, prvo u sjedeći položaj da ne bi naglim ustajanjem došlo do problema u cirkulaciji i do kolapsa, a zatim se osovi na noge i uz pratnju medicinske sestre odlazi do umivaonika da se umije, opere zube, opere gornji dio tijela, počeslja se i promijeni rublje. Medicinska sestra je bodri i promatra cijelo vrijeme radi eventualnih promjena (naglo bljedilo, znojenje, opća slabost). U tom se slučaju žurno vraća u krevet, pa slijedi provjera krvnog tlaka i pulsa. Često se nakon vraćanja u vodoravni položaj pacijentica opet dobro osjeća. Sa sljedećim pokušajem ustajanja treba se pričekati sat-dva pa opet polako i uz bodrenje posjesti je, dati joj vremena da prebrodi strah i nesigurnost i uz

pridrţavanje malo prošetati. Najčešće prvo ustajanje prođe bez komplikacija. Druga medicinska sestra za to vrijeme presvlači i uređuje krevet. Medicinska sestra će zajedno s pacijenticom napraviti nekoliko vježbi disanja i micanja ekstremiteta s ciljem sprečavanja poslijeoperacijskih komplikacija vezano uz kardiovaskularni i plućni sustav. Izuzetno je vaţno zajedno s pacijenticom odraditi nekoliko puta dnevno pet do deset minuta vježbe disanja i pokretanja ekstremiteta, naučiti pacijenticu vježbama i uputiti je da naučene vježbe primjenjuje jednom na sat do odlaska na spavanje.

Vježbe disanja i ekstremiteta su jednostavne, ne opterećuju pacijenticu i dobra su terapija tijekom boravka u sobi poslijeoperacijske njege. Također, one su i skretanje pozornosti sa straha i briga te ispunjavanje vremena tijekom dana, a isto tako dovode do laganog umora koji vodi mirnijem snu i na kraju boljem i brţem oporavku.

Navečer na kraju smjene je sestrinska vizita na kojoj se vrši primopredaja sluţbe i tada se o zbivanjima oko pacijentice informira medicinska sestra koja će noću biti zaduţena za skrb. Naravno da se uz krevet ne razmjenjuju informacije o eventualnim situacijama koje bi pacijenticu mogle uznemiriti.

Rana se prvog dana poslije operacije pregleda i učini se toaleta. Tupfer koji je postavljen u operaciji se odstrani, rana se zbrine prema pravilima asepsa. Medicinska sestra pripremi pacijenticu i pribor te učini prvu toaletu rane.

Urinarni kateter se odstranjuje prvog poslijeoperacijskog dana, osim kada postoji indikacija za trajnom kateterizacijom (diureza nije dobra, nakon vaginalnih operacija kad se ostavlja do sedam dana, kao i kod ozljede mokraćnog mjehura tijekom operacije). Kateter se odstranjuje u krevetu. Do spontane mikcije treba doći, a medicinska sestra će podučiti pacijenticu kako će si pomoći. Ako iz nekog razloga pacijentica nije mokrila, učinit će se kateterizacija ili će se urinarni kateter opet postaviti.

Kada se uspostavi peristaltika i pojave vjetrovi, počinje uzimanje hrane na usta i prestaje parenteralna prehrana. Za prvi obrok poslije operacije pacijentica će dobiti čaj i juhu. Prehrana je dijetom prilagođena pacijenticama. Tada se iz sobe za poslijeoperacijsku njegu premješta u sobu gdje će boraviti do otpusta iz bolnice. Ako je rani poslijeoperacijski tijek prošao bez problema i prema očekivanjima, pacijentica dalje brine o sebi po pitanju higijene. Medicinska sestra brine o terapiji, pravilnoj i točnoj primjeni svih lijekova, ako postoji parenteralna terapija, čini toaletu mjesta uboda i postavljene intranile prema postupniku

održavanja intranile i mijenjanja flastera. Informira se kod pacijentice o njenom stanju i osjećanju, o spavanju, o eliminaciji (je li uredna ili ima li znakova opstipacije) i ima li problema kod mokrenja. Pokušat će pacijentici olakšati taj dio boravka u bolnici pokazivanjem interesa i razumijevanja te, ako se time ne remete pravila kućnog reda i ne smeta drugim pacijenticama, raznim sitnim ustupcima, koji moraju biti dopustivi, skratiti vrijeme i boravak u bolnici učiniti manje napornim. Pacijentica i dalje radi vježbe disanja i vježbe ekstremiteta do potpune mobilizacije. Kod teško pokretnih ili nepokretnih pacijentica medicinska sestra će provoditi pasivne vježbe.

Nakon vaginalnih operacija četvrtog poslijeoperacijskog dana počinje ispiranje rodnice. Ispiranje rodnice vrši se ujutro kod njege i vrši se sve do otpusta. Nakon pranja spolovila u rodnicu se uvodi sterilni Nelaton kateter desetak centimetara duboko, šprica, koja ima 20 ml 3 % vodikovog peroksida, pričvrsti se u kateter i laganim uštrcavanjem peroksida vrši se ispiranje. Medicinska sestra promatra sadržaj koji se cijedi iz rodnice.

4. Poslijeoperacijske poteškoće

Poslijeoperacijske poteškoće su zbivanja koja prate svaki poslijeoperacijski tijek operirane pacijentice u većoj ili manjoj mjeri, a njihov intenzitet često ovisi o dobroj psihološkoj pripremi pacijentice. Kada postoje, poslijeoperacijske poteškoće mogu se suzbiti ili ublažiti dobro planiranom zdravstvenom njegom, a time i spriječiti neke komplikacije koje bi mogle nastati zbog nekvalitetnog zbrinjavanja poteškoća.

Poslijeoperacijske poteškoće su:

- bol
- mučnina i povraćanje
- štućavica
- žeđ
- poteškoće s mokrenjem
- poteškoće s nadutosti i vjetrovima.

4.1. Bol

Psihički čimbenici imaju izuzetan utjecaj u oblikovanju bolnog osjeta i zato je dobra psihička priprema prije operacije izuzetno važna kao mehanizam pomoći u lakšem svladavanju poslijeoperacijskih poteškoća. Bol je poteškoća koja je prisutna kod svih operiranih pacijentica i traje 24 do 48 sati nakon operacije. Naravno, tolerancija na bol je individualna pa neke pacijentice teže podnose bol, ali dužnost medicinske sestre je da svakoj pacijentici pristupi jednako brižno i s istom dozom razumijevanja. Medicinska sestra nikada ne smije osuđivati pacijentice s niskom snošljivosti za bol ili ne vjerovati pacijentici da ju ne boli. Tijekom prijeoperacijske pripreme medicinska sestra je pacijenticu upoznala s vjerojatnošću da će osjetiti bol, ali ona nikako nije jaka jer je to nedopustivo u današnje vrijeme. Također, upoznala je pacijenticu na koji način može skrenuti pozornost s boli, npr. čitajući knjigu, gledajući TV, upoznala je pacijenticu na važnost samosugestije i bodrenja u smislu prolaznosti boli i umanjivanje njene važnosti i da će se bol suzbijati lijekovima koje je liječnik ordinirao. Medicinska sestra uzima podatke o lokalizaciji boli koja može biti na mjestu reza, u abdomenu, u leđima, kod kukova, na mjestu uboda kod spinalne anestezije ili na mjestu uboda gdje je otvoren venski put.

Medicinska sestra će zatražiti pacijenticu da procijeni intenzitet i karakter boli (je li to pritisak, žarenje, jako pečenje), je li bol podnošljiva ili pak nesnošljiva i je li promjenjivog intenziteta. Važna je informacija karakter boli, pa je stoga neophodno znati je li bol tupa, oštra, nagla, probadajuća, pulsirajuća. Medicinska sestra će se informirati kada su bolovi počeli, u koje vrijeme točno, koliko traju, javljaju li se povremeno ili traju kontinuirano. Promatranjem pacijentice medicinska sestra će uočiti autonomne reakcije na bol: ubrzan puls, površno disanje, povišen krvni tlak, mišićnu tenziju, znojenje, bolan izraz lica, nemir, stenjanje, jaukanje ili plač. Zadaće medicinske sestre su:

- prikupiti podatke o lokalizaciji, trajanju i karakteru boli
- uočiti neverbalne pokazatelje boli
- utvrditi situacijske čimbenike koji utječu na bol (nepravilan položaj tijela, kompresija na kateter, hematoma rane, crvenilo rane...)
- ukloniti ili umanjiti situacijske čimbenike (promijeniti položaj u krevetu, previti ranu, pomaknuti kateter, malo pomaknuti tamponadu iz rodnice...)
- primijeniti propisane analgetike
- provoditi njegu uzimajući u obzir postojanje boli (ne kupati, ne hraniti, ne podizati iz kreveta)
- osigurati dobre mikroklimatske uvjete
- obavijestiti liječnika o svakoj jačoj boli koja ne slabi unatoč poduzetim mjerama
- u suradnji s pacijenticom procijeniti bol na skali od 1 do 10.

4.2. Mučnina i povraćanje

Mučnina i povraćanje su klinički usko povezani te se mogu smatrati jednim simptomom, ali različitog intenziteta. Česte su poslijeopreacijske poteškoće i javljaju se kod mnogih pacijentica nakon operacije. Mučninu, koja se javlja kao posebno neugodan osjećaj u grlu, i epigastriju prate razne smetnje središnjeg živčanog sustava, vegetativnog sustava, vazomotornih funkcija kao što su nemoć, strah, zbunjenost, glavobolja, osjećaj vrućine, bljedoća kože, pojačano disanje, znojenje, pojačana salivacija, hipotenzija, bradikardija ili tahikardija. Jačina mučnine ovisi o pragu osjetljivosti centra za povraćanje pojedine osobe [7]. Povraćanje je snažno oralno izbacivanje želučanog sadržaja. Mučnina i povraćanje su relativno česte poteškoće poslije operacije, a najviše se manifestiraju nakon primjene

endotrahealne anestezije. Najčešće su posljedica djelovanja anestetika ili nakupljanja sadržaja u želucu (akutna dilatacija želuca). Isto tako, prerano uzimanje tekućine na usta, prije pojave peristaltike, može izazvati povraćanje. Mučnina i povraćanje negativno utječu na pacijentičino opće stanje, povraćanje uzrokuje gubitak tekućine i elektrolita, neugodan osjećaj u ustima i bol zbog naprezanja trbušnih mišića.

Zadaće medicinske sestre su promatrati pacijenticu (bljedilo, znojenje, podrigivanje, pojačana salivacija) i provoditi postupke koji će umanjiti, odnosno ukloniti mučninu, pa tako i ukloniti sve što može izazvati mučninu svojim mirisom, uputiti pacijenticu da diše na usta, provjetriti sobu, promijeniti položaj u krevetu, procijeniti boju, količinu, miris i primjese u sadržaju, upisati u listu sestrinske dokumentacije, obavijestiti liječnika te primijeniti ordiniranu terapiju koja se sastoji od davanja antiemetika i parenteralne nadoknade tekućine i elektrolita.

Treba postupiti prema osnovnim postupcima kod povraćanja: staviti pacijenticu u sjedeći položaj, a ako mora ležati okrenuti glavu na stranu da bi se spriječila aspiracija povraćanog sadržaja. Zatim, potrebno je zaštititi pacijentičino i posteljno rublje nepropusnim platnom ili kompresom, postaviti bubrežastu zdjelicu ispred pacijentice i pridržavati njezinu glavu tijekom povraćanja. Nakon povraćanja dati pacijentici čašu s vodom da ispere usta i obrisati usta staničevinom, ukloniti iz prostorije povraćani sadržaj da ju ne iritira mirisom, zube oprati četkicom i nekim sredstvom za pranje zuba, obrisati usta staničevinom, oprati lice i ako je potrebno promijeniti posteljinu. Smjestiti pacijenticu u ugodan položaj i prozračiti sobu. Medicinska sestra nastoji utvrditi okolnosti u kojima se javilo povraćanje i pregledom povraćanog sadržaja ocijeniti količinu, sadržaj, miris i boju. Količina povraćanog sadržaja često varira. Povraćani sadržaj utvrđujemo makroskopskim pregledom (npr. slina, krv, sluz). Može biti tekući, kašasti ili gusto kašasti; miris povraćanog sadržaja je karakteristično kiseli ili je poput truleži pri dugotrajnoj retenciji hrane u želucu ili po stolici kod misererea (povraćanje sadržaja crijeva); boja povraćanog sadržaja ovisi o primjesama, pa je tako naprimjer žuta ili žutozelena od žuči, a kod hematemeze boja sadržaja ovisi o koncentraciji želučane kiseline i stupnju izmiješanosti s krvlju. Ako povraćanje uslijedi odmah po pojavi krvarenja, povraćani sadržaj će biti crveni, a ako uslijedi kasnije, bit će tamnosmeđi do crnog poput taloga crne kave, ovisno o duljini kontakta sa želučanom kiselinom, ili pak zelenožuti ili zeleni kod zastoja rada crijeva.

4.3. Štucavica

Štucavica (singultus) je ponavljano i nevoljno grčevito stezanje ošita, praćeno naglim zatvaranjem epiglotisa koji sprečava prodiranje zraka što proizvodi karakteristične zvukove. Najčešći je uzrok štucavice u operiranih pacijentica meteorizam crijeva i akutna dilatacija želuca koji pritišće i iritira ošit, što ima za posljedicu nadražaj živaca koji inerviraju dišne mišiće i ošit. Štucavica je za operirane pacijentice neugodna, pa čak i bolna. Kod štucavice obično pomažu razni postupci. Jedan od najpoznatijih je zadržavanje daha. Potrebno je zadržati dah i začepiti nos. Na taj se način nakuplja ugljični dioksid u krvi i to bi moglo pomoći kod prestanka štucanja. Takvi duboki udisaji mogu zaustaviti grčenje ošita koji uzrokuje štucavicu [7].

4.4. Žeđ

Žeđ je svjesna želja za pijenjem vode. Javlja se zbog dehidracije stanica, odnosno zbog povišenja osmotskog tlaka tjelesnih tekućina. Žeđ je primarni regulator uzimanja vode i bitan je činilac u održavanju konstantnog osmotskog tlaka tjelesnih tekućina. Česta popratna pojava osjećaja žeđi je suhoća usta koja, međutim, nije žeđ tijela. Ona može nastati iz drugog razloga, a to je smanjeno lučenje sline, pa stoga nije uzrok žeđi [2]. Dakle, osjećaj žeđi u ustima ne znači da je i tijelo žedno. Kod operiranih pacijentica žeđ je posljedica:

- zabrane uzimanja tekućine prije operacije
- djelovanja lijekova premedikacije koji se koriste za smanjenje sekreta u ustima
- gubitka tekućine tijekom operacije
- zabrana uzimanja tekućine na usta nakon operacije.

Suhoću u ustima koju pacijentica osjeća nakon operacije, medicinska sestra će ukloniti vlaženjem usnica i pravilnom njegom usne šupljine. Poremećaj metabolizma tekućine i elektrolita izazvanih operacijom rješava se intravenoznom nadoknadom koja mora biti primijenjena točno prema uputama liječnika. S obzirom na to da je razgovor s pacijenticom jedan od glavnih čimbenika dobre prijeoperacijske pripreme, medicinska sestra već je uputila pacijenticu na tu moguću poteškoću te je objasnila zašto ne smije uzimati tekućinu na usta sve dok se ne pojavi peristaltika crijeva te koje mogu biti posljedice ako posegne za nečim i uzme na usta.

4.5. Poteškoće s mokrenjem

Nakon operacije, šest do osam sati pacijentica obično ne mokri, a diureza je smanjena. Količina primljene i izlučene tekućine regulira se u prvih 48 sati. Normalna funkcija mokraćnog mjehura ovisi o usklađenom i učinkovitom djelovanju središnjeg i perifernog živčanog sustava, te uredne funkcije i anatomskih odnosa vrata mokraćnog mjehura i uretre [5]. Uzroci poteškoća s mokrenjem mogu biti: abdominalne operacije, spinalna anestezija, smanjeno stvaranje urina (dehidracija), psihičke i fizičke poteškoće. Pacijentica ima urinarni kateter do prvog poslijeoperacijskog dana kada se, ako nema zapreka, odstranjuje. Do spontanog mokrenja mora doći najkasnije osam sati nakon odstranjenja katetera. Zadaća medicinske sestre je poticati pacijenticu na mokrenje koristeći metode koje mogu pomoći. Do mokrenja bi trebalo doći sat-dva nakon odstranjivanja katetera i svakako treba pokušati mokriti. Količina izmokrenog urina nije važna, važno je da je mokrenje krenulo spontano.

Kod mobilne pacijentice medicinska sestra će je podići iz kreveta i posjesti na zahodsku školjku, osigurati privatnost zatvaranjem vrata, pustiti vodu na slavini da teče, savjetovati joj da se opusti ili će pacijenticu staviti pod tuš da joj topla voda teče po nogama. Kod nepokretne pacijentice mokrenje se mora obaviti u krevetu pa će pacijentici promijeniti položaj iz ležećeg u polusjedeći, osigurati joj privatnost postavljanjem paravana, isprati noćnu posudu toplom vodom da se izbjegne neugodan osjećaj izazvan hladnom posudom, pustiti vodu da teče i savjetovati joj da se opusti. Pokušaje mokrenja treba ponavljati do spontane mikcije. Ako nije došlo do spontanog mokrenja ni nakon pet do šest sati, medicinska sestra će obavijestiti liječnika koji će ordinirati kateterizaciju. Ona se mora izvršiti po svim pravilima aseptičnog rada. Treba izmjeriti količinu mokraće da bi se znalo kolika je bila retencija. Količina mokraće daje podatke o funkciji srca, krvnožilnog sustava i bubrega. Oligurija, anurija i akutna bubrežna insuficijencija nakon kirurškog zahvata ozbiljne su komplikacije. Stalnim praćenjem pacijentice, kontrolom diureze i općeg stanja, pravodobnim upozorenjem liječnika, pravilnom i pravovremenom nadoknadom tekućine, elektrolita i krvi tijekom i nakon operacije te se komplikacije mogu spriječiti.

4.6. Poteškoće s meteorizmom i vjetrovima

Poteškoće s meteorizmom javljaju se kao posljedica neaktivnosti gastrointestinalnog sustava zbog djelovanja anestetika te neaktivnosti i promjena u uzimanju tekućine i hrane.

Nakon operacije peristaltika crijeva je usporena ili je nema, tekućina i plinovi se nakupljaju u gastrointestinalnom sustavu uzrokujući proširenje želuca i crijeva. Pacijentica je naduta i postoji napetost trbušne stijenke, ima osjećaj punoće kao da se prejela, često je prisutna bol u abdomenu, ima mučninu i nagon na povraćanje, a pritisak na ošit može uzrokovati poteškoće s disanjem i štocavicu. Zadaća je medicinske sestre promatrati pacijenticu i provoditi postupke koji će omogućiti izlaženje plinova i umanjiti, odnosno ukloniti abdominalnu distenziju. Pacijenticu treba podržavati u okretanju u krevetu, ako stanje dopušta podići je iz kreveta i poticati na kretanje. Često je prisutan, a može biti i presudan, psihički faktor i neopuštenost pacijentice pa uvođenje rektalne sonde dovodi do olakšanja i rješavanja poteškoće. Rektalna sonda se kroz analni otvor uvodi do 10 centimetara duboko u rektum. Sonda je prethodno namazana vazelinom, a medicinska sestra rukama, na kojima ima rukavice, provodi postupak. Jednom rukom raširi gluteuse, a drugom lagano, ne upotrebljavajući silu, uvodi sondu. Često se odmah po postavljanju sonde čuju ili osjete vjetrovi. U slučaju da pacijentica i dalje nema vjetrove, postupak se ponavlja više puta na dan. Pacijentica najčešće osjeti olakšanje izlaskom plinova. Peristaltika se uglavnom uspostavlja za 24 do 48 sati poslije operacije. Ako se ne uspostavi peristaltika, ne dođe do vjetrova i smanjenja meteorizma, nego se on povećava, može se razviti paralitički ileus, jedna od najtežih poslijeoperacijskih komplikacija. Na vrijeme treba obavijesti liječnika o pokušajima i rezultatima kako bi se moglo poduzeti liječenje.

5. Poslijeoperacijske komplikacije

Poslijeoperacijske komplikacije su opasnost za sve operirane bolesnice. One će produžiti liječenje i oporavak, a opasnost su i za uspjeh kirurškog liječenja. Sestrinska je njega usmjerena na sprečavanje i prepoznavanje poslijeoperacijskih komplikacija te provedbu intervencija iz djelokruga rada sestre promatranjem pacijentice, kontrolom vitalnih funkcija, kontrolom diureze i dreniranih izlučevina te pravodobnim uočavanjem simptoma koji upućuju na poslijeoperacijske komplikacije.

Poslijeoperacijske komplikacije su:

- krvarenje (primarno, sekundarno)
- infekcija operacijske rane
- dehiscencija operacijske rane (posljedica popuštanja šavova, infekcije i abdominalne distenzije ili jakog kašlja)
- duboka venska tromboza
- plućna embolija
- respiratorne komplikacije (bronhitis, bronhopneumonija, pleuritis).

6. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod operiranih pacijentica

Najčešće sestrinske dijagnoze su:

- strah u/s neizvjesnosti operativnog zahvata
- smanjena mogućnost brige za sebe
- neupućenost u/s nedostatka informacija o postoperativnim komplikacijama
- visok rizik za infekciju zbog urinarnog katetera
- žalovanje u/s promjenjene seksualne funkcije.

Strah u/s ishoda od operativnog zahvata

Definicija straha je negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti [8].

Ciljevi:

- pacijentica neće osjećati strah
- pacijentica će znati primijeniti metode suočavanja sa strahom.

Intervencije:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos
- poticati pacijenticu da verbalizira strah
- stvoriti osjećaj sigurnosti
- primjereno reagirati na pacijentičine izjave i ponašanje
- osigurati dovoljno vremena za razgovor, usmjeravati pacijenticu prema pozitivnom razmišljanju.

Smanjena mogućnost brige za sebe - oblačenje/dotjerivanje

Ovo je stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu [8].

Ciljevi:

- pacijentica će prihvatiti pomoć druge osobe
- pacijentica će biti primjereno obučena/dotjerana
- pacijentica će povećati stupanj samostalnosti, sama će se odjenuti.

Intervencije:

- definirati situacije kada pacijentica treba pomoć
- osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- svu potrebnu odjeću, pribor i pomagala staviti na dohvat ruke pacijentice
- poticati pacijenticu da sudjeluje u svim aktivnostima
- poticati pacijenticu da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njezinim sposobnostima.

Nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu

Cilj: Pacijentica će biti potpuno upoznata sa svojom bolešću [8].

Intervencije:

- pohvaliti pacijenticu za usvojeno znanje (informativni pristanci, letci)
- poticati pacijenticu i obitelj da postavljaju pitanja
- osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog
- osigurati pomagala za edukaciju (informativni pristanci, letci).

Visok rizik za infekciju

Stanje u kojem je pacijentica izložena riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora [8].

Cilj: Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova infekcije.

Intervencije:

- mjeriti vitalne znakove (TT, afebrilnim pacijenticama mjeriti 2x dnevno)
- održavati higijenu prema standardu
- pratiti izgled izlučevina
- pratiti promjene laboratorijskih nalaza i izvjestiti o njima.

Žalovanje

Emociolano stanje koje se pojavljuje kod pacijentice kao odgovor na mogući ili stvarni gubitak [8].

Ciljevi:

- Pacijentica će izraziti svoje osjećaje

Intervencije:

- stvoriti profesionalni empatijski odnos s pacijenticom
- osigurati privatnost
- pružiti podršku pacijentici
- potaknuti pacijenticu da verbalizira svoje osjećaje.

7. Zaključak

Svakoj pacijentici treba pristupiti individualno, holističkim pristupom te razvijati odnos povjerenja i poštovanja. Medicinska sestra kombinacijom vještina, znanja, sposobnosti, prosudbe i razumijevanja izvodi zdravstvenu njegu. Svrha prijeoperacijskih postupaka je osigurati pacijentici najbolju moguću fizičku i psihološku spremnost kojom značajno možemo smanjiti nastanak poslijeoperacijskih poteškoća i komplikacija. Gotovo sve sestrinske dijagnoze uključuju edukaciju pacijenata ili člana obitelji u planu zdravstvene njege kroz sestrinske intervencije.

Da bi se poboljšala komunikacija s pacijenticom i njezinom obitelji treba, između ostalog, omogućiti dostupnost informacija u svakom trenutku. Informacije usmjerene pacijentici moraju biti razumljive, korisne, dovoljno detaljne i jednostavne da osiguraju osjećaj kontrole nad situacijom, potiču aktivno uključivanje u vlastito liječenje, ohrabruju i motiviraju na ozdravljenje i oporavak. Cilj je svima zajednički: da pacijentica razumije problem, njegove uzroke i načine rješavanja te da sudjeluje u planiranju i provedbi liječenja. Dobra medicinska sestra mora biti savjesna, imati moć zapažanja i vladati se krajnje profesionalno. Ako medicinska sestra nema samopožrtvovan duh, ako je pomalo sebična ili nerado prima savjete od nadređenog medicinskog osoblja, neće moći dobro surađivati ni s pacijentima ni s radnim kolegama.

Pogrešno je misliti da žena postaje manje ženstvena, da počinje naglo stariti i gubiti seksualnu funkciju. Nakon histerektomije, doslovno sve u ponašanju i izgledu žene ostaje isto kao i prije. Ne mijenja se ni seksualna želja ni osjećaj koji žena ima prilikom seksualnog odnosa. Iskustva žena koje su prošle kroz iskustvo sa histerektomijom, govore da na tijelu doslovno sve ostaje isto.

8. Literatura

- [1] G. Fučkar.: Uvod u sestrinske dijagnoze, Zagreb.
- [2] Medicinski leksikon, Zagreb, 1990.
- [3] I. Prpić: Kirurgija – opći dio, Zagreb, 1976.
- [4] V. Šimunić i suradnici: Ginekologija, Zagreb, 2001.
- [5] N.Ljubojević: Ginekologija i porodništvo, Zagreb, 2005.
- [6] A. Ćorušić, D. Babić, M. Šamija, H. Šobat: Ginekološka onkologija, Zagreb, 2005.
- [7] N. Prlić: Zdravstvena njega, Zagreb, 2000.
- [8] Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.
- [9] <http://www.kdb.hr/arhiva/attachments/article/239/HKMS-Sestrinske%20dijagnoze.pdf>
dostupno od 22.8.2017.

Sveučilište
SjeverSVEUČILIŠTE
SJEVERIZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, VIŠNA HUMEK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ULOGA MED. SESTRU U ZD. NJEŽI OPERIRANIH GW. PACIJENATA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Humek Višnja
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, VIŠNA HUMEK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ULOGA MED. SESTRU U ZD. NJEŽI OPERIRANIH GW. PACIJENATA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Humek Višnja
(vlastoručni potpis)